



**ALBERTO DALMACIO VILLALBA DE FARIA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO AO COMBATE E CONTROLE DO  
TABAGISMO NA USF III DE ABADIÂNIA - GO**

**ABADIÂNIA/ GO  
2015**

**ALBERTO DALMACIO VILLALBA DE FARIA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO AO COMBATE E CONTROLE DO  
TABAGISMO NA USF III DE ABADIÂNIA - GO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como  
requisito para obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador (a): Prof. <sup>a</sup>: Michele Peixoto Quevedo

ABADIÂNIA / GO  
2015

## RESUMO

Em 1999, o mundo contava com 1,1 bilhão de fumantes, e 4 milhões de mortes anuais. Nessa época o estimado, se não revertido o padrão de consumo, em 2020, seriam 10 milhões de mortes anuais. Tendo em vista que o tabagismo é um dos principais problemas que afeta a saúde da USF III, da cidade de Abadiânia, Goiás, sente-se a necessidade de implantar um Projeto de Intervenção para enfrentamento desta epidemia que é considerada a de maior relevância à saúde da população do município. Participaram deste estudo os fumantes que se apresentaram na USF, sem distinção de sexo, idade e etnias, além daqueles familiares que procurem ajuda e orientação para cuidar dos parentes tabagistas. As ações foram realizadas dentro da Unidade durante os meses de novembro, dezembro de 2014 e janeiro de 2015. Para as realizações das palestras, contamos com os profissionais de saúde da Unidade, como enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e Médicos. O projeto de intervenção da USF III do Jardim Santa Fé em Abadiânia, Goiás, ocorreu com grande êxito tanto por parte dos profissionais de saúde envolvidos na equipe, tanto por parte dos fumantes de abrangência da micro área e também grande parte do município.

**Palavras-chave:** Tabagismo; Políticas Públicas; Educação preventiva.

## **ABSTRACT**

In 1999, world had 1.1 billion smokers, and 4 million deaths annually. At that time the estimated if not reversed the pattern of consumption in 2020 would be 10 million deaths annually. Given that smoking is a major problem that affects the health of USF III, the city of Abadiânia, Goiás, feels the need to deploy an intervention project to face this epidemic that is considered the most relevant to health the city's population. The study included smokers who presented at USF, regardless of gender, age and ethnic groups in addition to those families seeking help and guidance to care for smokers relatives. The actions were carried out within the unit during the months of November, December 2014 and January 2015. For the achievements of the talks, we have health professionals Unit, as nurses, Community Health Agents and Medical. The USF III of intervention design Jardim Santa Fé Abadiânia, Goiás, took place with great success by both health professionals involved in the team, both from smoking scope of micro area and also much of the city.

**Keywords:** Smoking; Public Policy; Prevention education.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1: Prevalência de consumo de tabaco no Brasil no estado de São Paulo em homens e mulheres em diferentes períodos.....</b>	<b>07</b>
<b>Tabela 2: Percentual de pessoas de 15 anos ou mais de idade segundo a condição de uso do tabaco fumado por sexo.....</b>	<b>08</b>
<b>Tabela 3: Percentual de fumantes de 15 anos ou mais de idade que fizeram a tentativa de parar de fumar nos 12 meses anteriores a data da entrevista, por método utilizado segundo as grandes regiões.....</b>	<b>10</b>
<b>Tabela 4: Taxas padronizadas de incidência de câncer por 1000.000 nas cidades de Goiânia (1999-2002) e São Paulo (1998-2002), homens e mulheres. ....</b>	<b>10</b>
<b>Tabela 5: Pacientes e distribuição de grupos.....</b>	<b>17</b>
<b>Tabela 6: Taxa de sucesso por sexo e modalidade terapêutica.....</b>	<b>18</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1: Gráfico 1 – Percentual de pessoas de 15 anos ou mais de idade usuários de tabaco fumado ou não fumado, por sexo segundo as grandes regiões .....</b>	<b>08</b>
<b>Figura 2: Gráfico 2 – distribuição das pessoas de 15 anos de idade ou mais na condição de usuárias de tabaco fumado, por faixa etária.....</b>	<b>09</b>
<b>Figura 3: Gráfico 3 – distribuição das pessoas de 15 anos de idade ou mais na condição de usuárias de tabaco fumado, segundo as classes de rendimento domiciliar per capita .....</b>	<b>09</b>
<b>Figura 4: Quadro 1 – Estratégias efetivas para pacientes preparados para deixar de fumar.....</b>	<b>12</b>
<b>Figura 5: Gráfico 4 - Taxas de sucesso de cessação do tabagismo, conforme tratamento.....</b>	<b>18</b>

## SUMÁRIO

<b>1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>07</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>07</b>
<b>1.2 Objetivos: .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>14</b>
<b>3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>

## 1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

### 1.1 Introdução

Em 1999, o mundo contava com 1,1 bilhão de fumantes, e 4 milhões de mortes anuais. Nessa época o estimado, se não revertido o padrão de consumo, até 2020, seriam 10 milhões de mortes anuais<sup>1</sup>.

Estimou-se então que 40 a 45% das mortes por neoplasias malignas, 90 a 95% das mortes com câncer de pulmão, e ainda por 35% das mortes cardiovasculares, nos homens de 30 a 69 anos, em países desenvolvidos estavam associados ao tabagismo<sup>1</sup>.

Quanto à evolução do perfil de consumo no Brasil, observa-se que desde 1989, até 2008, uma redução do consumo. Esta foi mais acentuada em homens, até 2003. Porém em 2008, descobriu-se que essa tendência novamente havia se invertido, com os homens reduzindo menos o consumo de tabaco<sup>2</sup>.

Os dados mais recentes encontrados sobre o tema, são colocados em um inquérito epidemiológico conduzido pelo IBGE<sup>12</sup>, nos indivíduos maiores de 15 anos, retratados na Tabela a seguir<sup>3</sup>.

**Tabela 1** – Prevalência de consumo de tabaco no Brasil e no Estado de São Paulo, em homens e mulheres, em diferentes períodos.

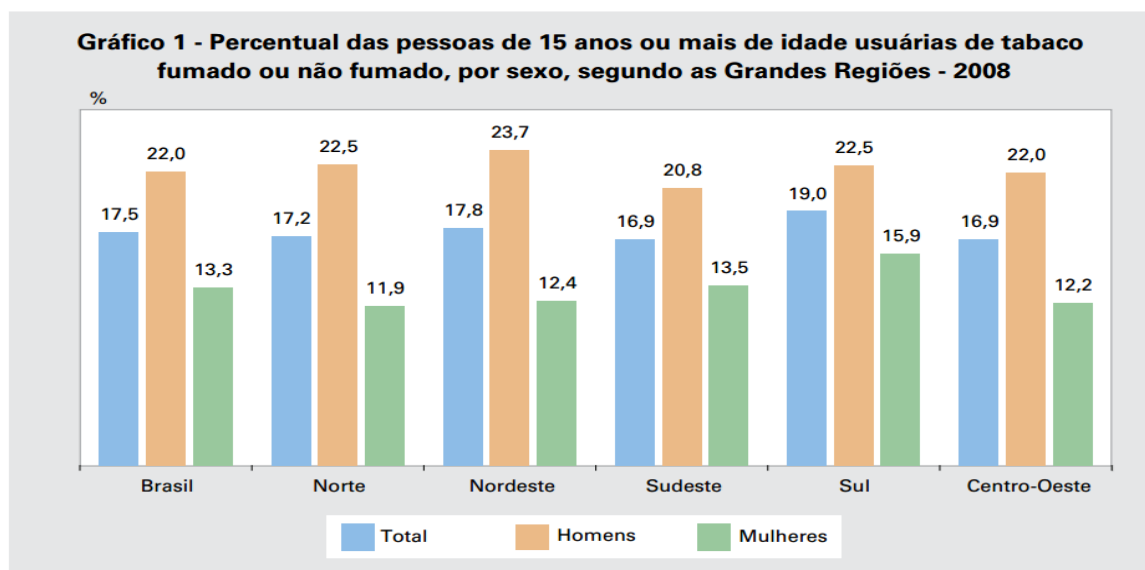
**Table 1** – Prevalence of tobacco smoking in Brazil and in the city of São Paulo, men and women, in different time periods.

População/Ano	Faixa etária	Referência	Prevalência	
			Homens	Mulheres
Inquéritos populacionais no Brasil				
1989	15 anos ou mais	Brasil, 1990 <sup>6</sup>	40,3	26,2
2003	15 anos ou mais	INCA, 2004 <sup>7</sup>	27,0	18,4
2008	15 anos ou mais	IBGE, 2008 <sup>5</sup>	21,6	13,1
Inquéritos populacionais na cidade de São Paulo				
1990	15-59 anos	Rego <i>et al.</i> , 1990 <sup>8</sup>	44,6	31,9
2001-2	15-59 anos	Marcopito <i>et al.</i> , 2005 <sup>9</sup>	25,4	19,9

Estimou-se 17,5% das pessoas do universo, correspondendo 25 milhões de pessoas, aproximadamente. A maioria relativa, na região sul (19,0%), menores no sudeste e centro-oeste (16,9% em ambos). Em todas as regiões, houve predomínio masculino, este menos acentuado nas regiões sul e sudeste. Quanto ao tabaco não fumado, levantado à prevalência de 0,4% da população, e considerado como não



relevante em vista do uso do tabaco fumado. Podemos observar mais detalhadamente essas informações no Gráfico 1.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Ainda, conforme a mesma fonte percebe-se que além da maior prevalência, o perfil de consumo é mais pesado nos homens, até mesmo no passado dos ex-fumantes observados na Tabela 5.

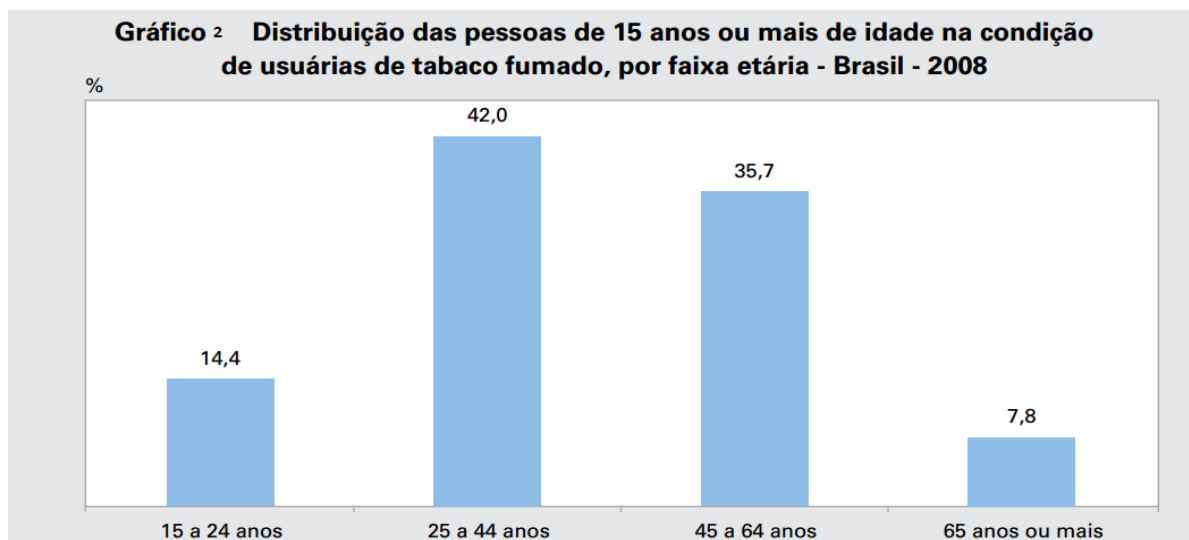
**Tabela 2 - Percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade, segundo a condição de uso de tabaco fumado, por sexo - Brasil - 2008**

Condição de uso de tabaco fumado	Percentual das pessoas de 15 anos ou mais de idade (%)		
	Total	Sexo	
		Homem	Mulher
<b>Fumante</b>	<b>17,2</b>	<b>21,6</b>	<b>13,1</b>
Fumante diário	15,1	18,9	11,5
Fumante ocasional	2,1	2,7	1,6
Fumante ocasional, antes diário	0,9	1,0	0,7
Fumante ocasional, nunca diário	1,2	1,6	0,8
<b>Não fumante</b>	<b>82,8</b>	<b>78,4</b>	<b>86,9</b>
Ex-fumante diário	14,1	17,2	11,2
Nunca fumante diário	68,7	61,2	75,7
Ex-fumante ocasional	4,1	4,2	4,0
Nunca fumante	64,7	57,0	71,7

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

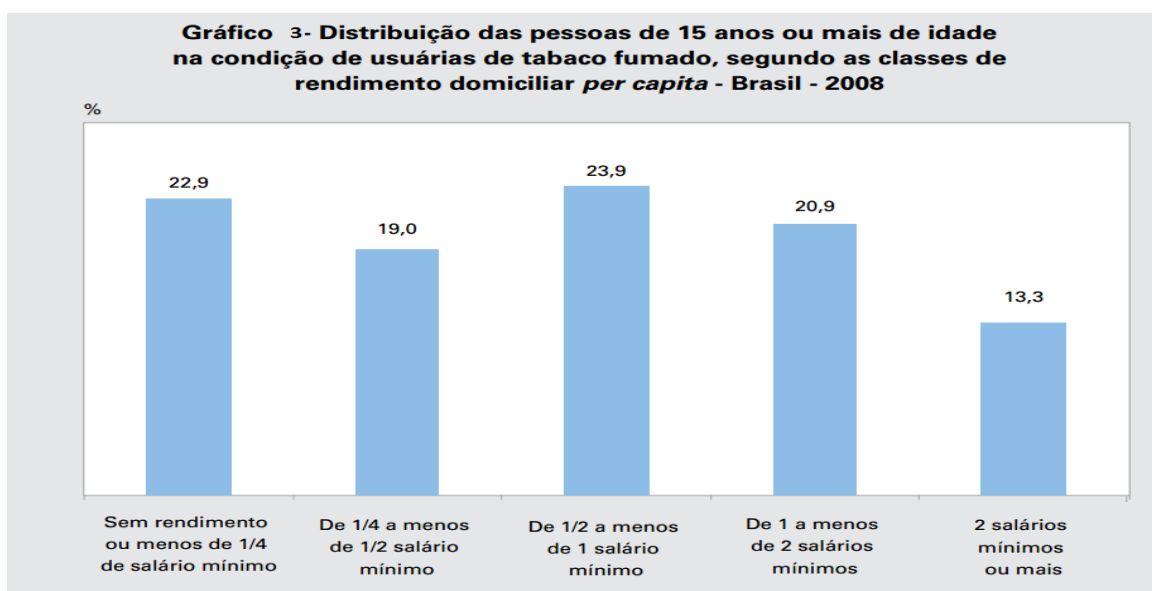
Quanto à idade, no geral do país, nota-se a maior prevalência entre os adultos jovens e entre os adultos não idosos, justamente os mais economicamente

produtivos. Levanta-se ainda, o impacto econômico pelos lucros cessantes, fora obviamente o gasto com serviços de saúde, por se tratar da fatia mais economicamente ativa da população.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Quanto à renda, predomina, grosseiramente, entre as faixas de renda mais baixa.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Quanto à intenção ou planejamento para parar de fumar, foi significativo de 57,1% e 49,2%, entre homens e mulheres, respectivamente, no Brasil, em geral.

Quanto às tentativas de parar o uso, este, novamente, foi de maior parte mulheres. E quanto ao uso de métodos adjuntos para abandonar o vício, e quanto à

assistência dos serviços de saúde, foi maior justamente, nas regiões de maior desenvolvimento humano.

**Tabela 3 - Percentual dos fumantes de 15 anos ou mais de idade que fizeram uma tentativa de parar de fumar nos 12 meses anteriores à data da entrevista, por método utilizado, segundo as Grandes Regiões - 2008**

Grandes Regiões	Percentual dos fumantes dos 15 anos ou mais de idade que fizeram uma tentativa de parar de fumar nos 12 meses anteriores à data da entrevista, por método utilizado (%)	
	Farmacoterapia	Aconselhamento
<b>Brasil</b>	<b>6,7</b>	<b>15,2</b>
Norte	4,8	13,7
Nordeste	3,6	12,1
Sudeste	7,3	15,0
Sul	10,4	20,5
Centro-Oeste	8,5	16,6

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Noventa e seis por cento do universo deste inquérito sabiam que o uso de tabaco estava associado a doenças graves.

Desde a associação mais clássica, com as neoplasias de pulmão e vias aéreas inferiores, está sendo considerado como associado a 20 neoplasias malignas, pela International Agency for Research on Cancer – IARC.

Foi feita uma padronização de incidência dos tumores mais associados com o tabagismo, nas cidades de São Paulo e Goiânia, para comparação dos dados encontrados, com os dados internacionais (Tabela 5). Obviamente, se trata de problema de grande relevância à saúde pública. Considerado pela OPAS (1998), como “causa prevenível mais importante de aproximadamente metade das doenças dos países em desenvolvimento e ameaça minar o seu desenvolvimento econômico e social”<sup>4</sup>.

**Tabela 4 – Taxas padronizadas de incidência de câncer por 100.000 nas cidades de Goiânia (1999-2002) e São Paulo (1998-2002). Homens e mulheres.**

Tipo de câncer	Goiânia		São Paulo	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Cavidade Oral	12,2	2,0	18,0	4,0
Esôfago	8,1	2,6	12,0	2,2
Pulmão	21,0	10,0	33,5	11,7

Fonte: Curado et al. 2007<sup>56</sup> / Source: Curado et al. 2007

Em 1989, criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR), pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), braço do Ministério da Saúde (MS). Programa esse, considerado como referência mundial<sup>6</sup>.

Desde então, foram banidos os descritores das embalagens, inseridos alertas e imagens, restrita a publicidade e vetado à indústria de alimentos a fabricação de produtos que simulem os derivados de tabaco. Foi ainda criado um serviço telefônico (ramal do 136), disponível nacionalmente, de apoio ao fumante ou não fumante, que deseje parar de fumar ou aconselhamento em relação ao tabagismo<sup>6</sup>.

Ainda assim, é um dos produtos sobretaxados 76,3% do preço final, apesar de um dos mais baratos do mundo, pelo baixíssimo custo de produção. Ainda é acessível, mesmo às camadas de menor renda. O aumento de impostos sobre derivados do tabaco atualmente é recomendado pela Organização Mundial da Saúde<sup>4</sup>.

Com a publicação da resolução RDC nº 14/2012, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ficou proibido o uso de aditivos em derivados do tabaco, os tornando menos atrativos, pelo gosto e cheiro ruins<sup>7</sup>.

No âmbito da atenção primária à saúde, foi criado o programa "Unidades de Saúde Livres do Cigarro - Saúde e Coerência", onde há apoio aos funcionários das unidades que desejassem parar de fumar, bem como oferecer esse apoio aos pacientes, de forma rotineira. Há ainda, uma capacitação, oferecida aos funcionários que desejassem, a fim de promover tal estratégia, de forma mais eficiente. Segundo esse programa, a abordagem ao tabagista, é feita com a abordagem cognitivo-comportamental (TCC) e medicamentosa, quando indicada<sup>4</sup>.

Os medicamentos com eficácia comprovada na cessação do tabagismo são a reposição de nicotina (TRN), seja por adesivos transdérmicos, ou por gomas de mascar, além de um antidepressivo atípico, relacionado quimicamente com as anfetaminas, mas de mecanismo de ação não totalmente compreendido, a bupropiona<sup>4</sup>.

A associação da TCC, com a farmacoterapia, foi associada a um aumento do sucesso. Aumento de 50% em relação aos controles, em que foi usada a TCC isolada, independentemente do número de sessões<sup>4</sup>.

Parece que a forma de maior eficácia para parar de fumar é a combinação de TCC e mais um fármaco. O *Food and Drug Administration* reconhece a associação entre TCC e TRN<sup>4</sup>.

Há informações obre um novo agente antitabaco, a vareniclina se sobressaiu sobre as abordagens farmacológicas clássicas, já citadas, nos primeiros meses de tratamento. Porém na realidade, atualmente, seu custo são proibitivos, para os fins deste trabalho. Possivelmente, no futuro, seu custo se tornará acessível para o sistema de saúde e para a população em geral<sup>3</sup>.

Na TCC, são treinadas habilidades e é feita a persuasão a fim de evitar as recaídas, e o preparo para enfrentar os sintomas causados pela abstinência da nicotina.

**Quadro 1-** Estratégias efetivas para pacientes preparados para deixar de fumar (adaptada de Fiore e cols., 2000) (6)

Terapias psicossociais	Construção de estratégias	Exemplos
Desenvolver habilidades para a resolução dos problemas	Identificar o risco de recaída	Reconhecer estresse, sentimentos negativos, companhia de fumantes, álcool, angústia, ansiedade, tristeza, depressão.
	Desenvolver estratégias substitutivas	Aprender estratégias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• reduzir humor negativo (relaxar, banhar-se, fazer algo prazeroso, ouvir música, ler, exercícios);</li> <li>• controlar urgência por fumar (caminhar, distrair-se, tomar água, sucos, escovar dentes, mascar chiclete).</li> </ul>
Apoio da equipe de saúde	Informar sobre a dependência	Saber reconhecer a abstinência (sintomas, duração); conhecer a natureza aditiva da nicotina (uma tragada pode gerar recaída); saber que a fissura cede em pouco tempo (três minutos); aprender estratégias substitutivas para atravessar os momentos difíceis.
	Encorajar a tentativa de abandono	Existe um tratamento eficaz para deixar de fumar. Metade das pessoas é capaz de parar com ajuda. Transmitir confiança: capacidade de alcançar o êxito.
	Cuidar/responder às dúvidas e aos temores	Indagar sobre o sentimento de parar, oferecendo apoio, sempre aberto a inquietações, temores e ambivalência.
Apoio social a familiares e amigos	Favorecer o plano de abandono	Trabalhar motivos para o abandono, dúvidas e preocupações ao deixar de fumar, resultados obtidos e dificuldades.
	Solicitar suporte social e familiar	Orientar sobre contenção familiar e social, informar dia "D" aos familiares e amigos que escolher; estimular ambiente livre de tabaco em casa e no trabalho e pedir cooperação.
	Facilitar o desenvolvimento das habilidades	Identificar pessoas que apoiem a recuperação (pedir apoio, não fumar em sua presença, não oferecer cigarros, observar mudanças transitórias de humor).
	Estimular o suporte a outros fumantes	Estimular outros fumantes a pararem.

O MS, pela portaria Nº 1035/GM Em 31 de maio de 2004, regulamentada pela portaria Nº 442 de 13 de agosto de 2004 resolvem a ampliação do acesso à TCC, e ao apoio medicamentoso, quando necessário, também na atenção básica<sup>5</sup>.

O tema apresentado trata-se de problema de saúde pública, e como já documentado na busca de literatura feita na introdução, é grande problema prevenível, e já reconhecido pelo ministério da saúde, que já lançou política específica.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Colocar em prática uma linha de cuidados voltada aos tabagistas, visando à cessação deste vício tão prejudicial à saúde e à qualidade vida.

Promover saúde e práticas de vida saudáveis.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Realizar palestra de educação em saúde para os demais funcionários da USF, quanto à importância do tema e como lidar com os tabagistas a fim de aumentar a captação e o sucesso terapêutico, esclarecendo as estratégias que serão utilizadas.
- Criar o grupo de tabagismo, em conjunto com os outros profissionais da ESF, com ampla divulgação e busca ativa.
- Afixar banner esclarecedor de prejuízos causados e semeador de dúvidas quanto ao tabagismo.
- Configurar a consulta médica a fim de responder qualquer questionamento sobre os métodos ou os benefícios na cessação do tabagismo, mesmo que a consulta seja por outro motivo.
- Esclarecer o quanto é benéfico deixar de fumar, o quanto maléfico é continuar fumando e fazer o acolhimento, rejeitando o rótulo “não para por que não quer!”.
- Aproximar a ESF do tabagista e da comunidade em geral, colocando o médico para esclarecimento a qualquer tempo de funcionamento da ESF para solução de dúvidas ou apoio motivacional.
- Marcar reuniões mensais a fim de promover a troca de experiências entre os tabagistas.
- Divulgar ainda em outros locais da cidade, principalmente, a sede da ESF1, local de grande movimento de pacientes, por meio de cartazes.
- Coletar de dados acerca do sucesso do tratamento
- Aprender e trocar de experiências dos profissionais acerca do tratamento medicamentoso e psicoterápico do tabagismo.

## 2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

O cigarro se associa com aproximadamente 50 tipos de patologias, aumentar o risco de Câncer, doenças cardiovasculares e pulmonar as mais frequentes seguidas das doenças tromboembólicas, periodontais, doenças do aparelho digestivo, disfunção erétil e aborto<sup>8</sup>. A fundação Oswaldo Cruz divulgou em 2008 que o SUS (Sistema Único de Saúde) gasta trezentos milhões em um ano com doenças relacionadas ao tabaco em pacientes tabagistas<sup>9</sup>.

Tendo em vista que o tabagismo é um dos principais problemas que afeta a saúde da USF III, da cidade de Abadiânia, Goiás, sente-se a necessidade de implantar um Projeto de Intervenção para enfrentamento desta pandemia que é considerada de grande relevância para a saúde do município.

Participaram deste estudo os fumantes que se apresentaram na USF, sem distinção de sexo, idade e etnias.

As ações foram realizadas dentro da Unidade durante os meses novembro, dezembro de 2014 e janeiro de 2015.

Para as realizações das palestras, contamos com os profissionais de saúde da Unidade, como Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e Médicos.

O projeto foi dividido em etapas, as quais serão explicadas aos presentes na palestra:

1ª ETAPA: Capacitação da equipe de profissionais em saúde que integra a equipe da USF III, formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem, quatro agentes de saúde. Nesta etapa, será realizada reunião mostrando aos profissionais de saúde a importância do tabagismo como problema de saúde pública passível de prevenção.

2ª ETAPA: Divulgação através de banner e panfletos para a população que busca atendimento em livre demanda na UBS. Divulgação por cartazes nas demais unidades de saúde do município. Ambos para estimular o questionamento sobre os malefícios do cigarro e sobre a possibilidade de auxílio na cessação do tabagismo.

3ª ETAPA: Proibição do fumo dentro das dependências físicas da UBS.

4ª ETAPA: Reestruturação da consulta médica na ESF III. Questionamento ativo dos pacientes que apresentem sinais clínicos de exposição à fumaça de tabaco. São eles: diagnóstico fechado ou presumido de doença pulmonar obstrutiva

crônica, impregnação de fumaça em mãos, rosto, pelos e odor característico de tabaco.

5ª ETAPA: Criação dos grupos mensais de tratamento e acompanhamento aos pacientes do tabagismo, a fim da troca de experiências e de como superar as dificuldades. Quando não se está sozinho, e em um grupo onde há condições para que o controle, a capacidade, a coerência e a conscientização são ingredientes indispensáveis, o paciente tende a evoluir de forma mais satisfatória do que quando se está sozinho<sup>10</sup>.

6ª ETAPA: Disponibilização de todo o horário de funcionamento da USF, para estes pacientes, mesmo em livre demanda a fim de proporcionar sensação de apoio motivacional e acolhimento, sanar quaisquer dúvidas relacionadas.

7ª ETAPA: Continuidade deste serviço como estratégia dentro da Atenção Básica à saúde, trazendo com isso hábitos saudáveis em saúde para a população do município de Abadiânia- GO. Os efeitos da Nicotina no corpo são sentidos através de um estado de alerta melhorado, diminuição do apetite além de promover sensação de calma e relaxamento, a abstinência do tabaco provoca ansiedade, irritabilidade, perturbação do sono entre outros. Com isso os profissionais devem auxiliar os pacientes objetivando sempre instruí-los dos efeitos da abstinência e insistindo com estes para que não desistam<sup>8</sup>.



### 3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção da USF III do Jardim Santa Fé em Abadiânia-Go:

Aconteceu no dia 07/11/14 a palestra descrita na primeira etapa com a presença de todos os profissionais ali alocados. Foram discutidas dúvidas, os papéis de cada profissional. O trabalho na condução do caso ficou a cargo do médico da equipe. Os demais profissionais ficaram à disposição para informar os pacientes que procuravam a unidade em livre demanda ou os tabagistas adstritos conhecidos pelos ACS.

Percebido entusiasmo pelos profissionais.

No dia 10/11/14 foram colocados cartazes de proibido fumar espalhados pelas áreas comuns da unidade.

No dia 1º/12/14 foi colocado o banner com foto em anexo na sala de espera daquela UBS, e reestruturada a consulta médica, a fim de responder questionamentos criados pelo banner e panfletos. Também questionei quanto ao fumo os pacientes que se apresentavam com sinais suspeitos, já descritos anteriormente.

Quanto à busca ativa, certamente feita pelos ACS, era por nós percebidos como demanda espontânea, pois não houve método para diferenciar ambos.

Então, a USF, funcionou durante todo o período de funcionamento em livre demanda para fumantes, conforme descrito anteriormente.

Como estratégia base, foi usada TCC, ressaltando os benefícios da cessação contra os malefícios de continuar fumando. Se recompensar a cada vez que conseguir evitar a recaída, a fim de aumentar o condicionamento psicológico à cessação do tabagismo.

Além da TCC, foi usado o tratamento medicamentoso, a critério médico, sendo este: os que não apresentassem comorbidade clínica ou psiquiátrica que pudesse ter o quadro de base piorado pelo uso.

Como medicação de escolha foi usada a Bupropiona, já descrita, qualificada e mostrada quanto às suas indicações. Dessas foi escolhido o Bup®, pela maior facilidade de acesso, alta eficácia, comodidade posológica e o custo acessível. Quanto à posologia, foi feito Bupropiona (Bup®) 150mg 1 comprimido pela manhã por 3 dias. Então dobrar a dose, a partir do quarto dia, agora usando 1 comprimido pela manhã e outro ao fim da tarde. A partir daí uso contínuo.

Considerando o primeiro dia da medicação como primeiro dia do ciclo, foi orientado à cessação abrupta do tabagismo em qualquer dia da segunda semana. Neste ponto ressaltou-se que a maioria dos tabagistas que conseguiram parar de fumar o fez de uma vez. Ressaltou-se também a maior taxa de sucesso da terapia combinada, mas dando ainda mais importância à TCC.

Foi orientação quando aos principais efeitos colaterais: boca seca, náuseas, insônia, disfunção ou hiperfunção sexual.

Os pacientes foram escolhidos aleatoriamente, dos que procuravam a UBS por livre demanda a partir do dia 05/01/15 ou qualquer um dos grupos até o dia 09/01/15, desde que o mesmo tivesse interesse em parar de fumar.

Ao todo foram estudados 32 (n=32) pacientes, todos tabagistas. Não foi considerado carga tabágica, complicações prévias do tabagismo, idade, escolaridade, nível socioeconômico.

Desses, 20 masculinos e 12 femininas.

Dos masculinos, 4 foram escolhidos para fazer terapia com TCC isolada, por apresentarem HAS de difícil controle. Todos os demais (16) foram tratados com TCC + Bupropiona e ainda foram orientados de fato fazerem o uso da medicação regularmente.

Das femininas, 1 paciente apresentava diagnóstico prévio de transtorno bipolar do humor, sendo esta tratada apenas do TCC, por possível interação com quadro prévio e medicações já em uso. Todas as demais (4) foram tratadas com Bupropiona.

	Masculino	Feminino	Total
<b>Demanda</b>	20	12	32
<b>TCC</b>	4	1	5
<b>TCC + Bupropiona</b>	16	11	27

**Tabela 5: Pacientes e distribuição dos grupos**

Foi seguido à rotina de aconselhamento e esclarecimento de dúvidas, assim como o apoio motivacional e os grupos.

Também foi continuada a captação de novos pacientes, assim como o os cartazes e o banner. Porém os novos pacientes não entraram para essa quantificação.

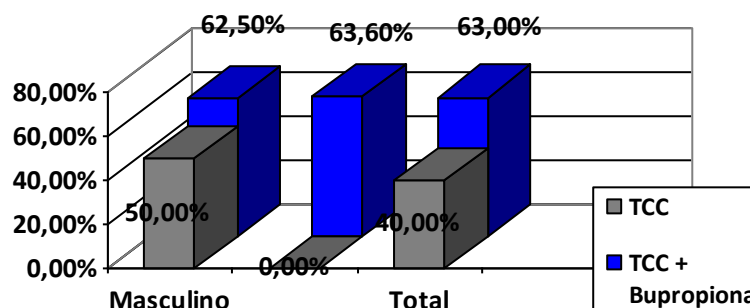
Todos os pacientes incluídos nos grupos já descritos foram reavaliados no dia 29/01/15. Os que não compareceram tal dia, foram buscados ativamente e questionados pelos profissionais da ESF. Todos os pacientes foram questionados.

Foi considerado sucesso das estratégias a cessação abrupta, e as demais, fracasso.

	Masculino	Feminino	Total
TCC	2(50,0%)	0(0,0%)	2(40,0%)
TCC + Bupropiona	10(62,5%)	7(63,6%)	17(63,0%)

**Tabela 6: Taxa de sucesso por sexo e modalidade terapêutica**

**Gráfico 4 – Taxas de sucesso de cessação do tabagismo, conforme tratamento.**



Foi observada uma vantagem em eficácia do uso da terapia combinada TCC + bupropiona, com 50% (fator de proteção ao sucesso terapêutico aos 20 dias: 1,50) a mais de chance de êxito. Porém, essa já é uma associação consagrada na literatura, mas foge ao escopo deste trabalho a comprovação desta casualidade.

As ações realizadas com o intuito de promover o fim do hábito de fumar objetivou motivar fumantes a deixarem de fumar, aumentando o acesso dos mesmos a métodos eficazes para que eles pudessem parar de fumar e foi envolvida a articulação de diferentes atividades.

Quanto as atividades, nesse grupo de ações, que se relaciona com o processo de capacitação de profissionais de saúde na abordagem breve, objetivou a motivação desses profissionais para que pudessem dar continuidade a essa

abordagem nas suas rotinas de atendimento, além de incentivar os fumantes a procurarem o grupo de apoio. E passivamente, promover educação em saúde, em conjunto USF com comunidade, ampliando a integração.

Sabe-se que, quando combinadas, educação e saúde, há uma ampliação do nível de saúde e a redução das iniquidades<sup>11</sup>.

Nos grupos de apoio, a aceitação foi muito proveitosa, pacientes relatavam as suas experiência e tinham ali um espaço para discutirem trocarem experiências e solução para suas dificuldades nesse problema tão sério.

Percebi ainda um maior entusiasmo dos pacientes do grupo que estava em uso da terapia combinada, sendo que se pode aproveitar o efeito duplo, placebo mais fármaco verdadeiro dessas medicações. Mas ainda assim, notamos que o mais importante é a motivação e o suporte psicossocial oferecido ao paciente.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atividade desenvolvida mostra como é fundamental a integração da ESF à comunidade, e demais aspectos da interação, e ainda do curso de especialização.

No geral, a atividade nos fez concluir que o objetivo final de todo serviço de saúde, é aumentar o nível de saúde da população, e em última análise, aumentar qualidade de vida. Todos os aspectos restantes são subsidiários.

Mesmo que não tenha havido um programa nos moldes do Programa Nacional do Controle do Tabagismo, considero que se insistíssemos veementemente nesta estratégia, com seus rigores, acabaríamos por cair na baixa adesão.

Devemos sempre educar a população quanto o melhor a se fazer. E estimular que o melhor seja feito, porém, se o nosso alvo de melhoria estiver fora do anseio da população, de sua cultura ou de seus meios, corremos risco de incorrer em iniquidades sérias. Se não há como fazer o ideal, que se faça então o melhor possível com o que se tem à mão.

Então lentamente, conforme for satisfazendo as necessidades e anseios em relação à saúde da população, ganhando sua confiança, traçar metas e objetivos cada vez mais próximos do ideal a ser alcançado. Com isso promovendo educação em saúde, controle social, equidade, qualidade de vida e transformação social. Nesse processo a fixação da equipe é um ponto chave.

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica é uma boa iniciativa para promover a fixação de médicos, enfermeiros e dentistas, ainda mais no transcorrer das atividades do curso de especialização, que nos força a questionar o que acontece dia a cada dia. Acabamos por levantar hipóteses, e modelos de solução, e tanto nós, quanto os demais profissionais, nossos colegas, quanto à comunidade, que conosco convive, acaba se beneficiando e acaba tendo um olhar um tanto diferente, crítico e resolutivo, após o contato conosco.

Porém ainda há muito a ser feito para se conseguir toda uma estrutura burocrática e material para fixação dos profissionais.

Especificamente, quanto ao tabagismo, é de conhecimento médico geral, há longa data a existência e a eficácia do manejo combinado TCC mais medicamentoso na abordagem ao tabagista. Porém não se vê uma conduta ativa junto ao problema, relevante e de abordagem bem descrita, na alçada do médico geral. Essa falta de

conduta ativa, por vezes motivada por (pré-) conceitos deturpados (não para porque não quer!). Ou por vezes por falta de iniciativa, ou mesmo de conhecimento de tais estratégias pelos pacientes, nos vêm gerando grandes prejuízos, vistos nas consequências absurdas do tabagismo de longa data. Problema este que teve uma quantidade absurda de tempo para ser abordada.

## REFERÊNCIAS:

1. Coordenação de prevenção e vigilância (CONPREV). Abordagem e tratamento do Fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
2. WUNSCH FILHO, Victor et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 13, n. 2, June 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2010000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2010000200001&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200001>.
3. ALVES, Laura Bockmann. Avaliação da eficácia da vareniclina na cessação do tabagismo. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, junho 2010.
4. SILVA, Sandra Tavares da et al . Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, Feb. 2014 . Available from; <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014000200539&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200539&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.19802012>.
5. BRASIL 2004, PORTARIA Nº 442 DE 13 DE AGOSTO DE 2004 regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.035, de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.
6. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da SBPT: diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. J Bras Pneumol. 2008;34(10):845-80.
7. BRASIL 2012, Portal Anvisa. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu++noticias+anos/2012+noticias/publicada+resolucao+que+restringe+aditivos+em+ciigarros>. Acesso em novembro de 2014.
8. Chaves EC, Mendonça LGT. Uso e dependência do tabaco. In: Bensenor IJM, Tiberio IF, Bernik M, Silva FM, Doréa EL, Lotufo PA, editores. Medicina em ambulatório. São Paulo: Savier; 2005. P. 62-72.
9. INCA 2008, Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=824>. Acesso em dezembro de 2014.

10. Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Educ Q.* 1994; 21(2):253-68.
11. Lima VLGP, Pelicioni MCF, Campos NZR, L'Abbate S Health promotion, health education and socialcommunication on health: specificities, interfaces, intersections. *Promot educ.*200;7(4):8-12.
12. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2009. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Tabagismo 2008.